

VERZEKERINGSAANVRAAG
2019

NED'S EXPAT



Insurance made easy.

Bent u al klant bij APRIL International Care France? JA NEE

Zoja, onder klantnummer : C

GELIEVE IN BLOKLETTERS TE SCHRIJVEN

VERZEKERDE(N) gegevens van de te verzekerden persoon/personen

Als de verzekerde meer dan 2 kinderen ten laste heeft, een kopie maken van pag. 2 en invullen.

Aanspreektitel van de hoofdverzekerde: Mevrouw De heer Geboortedatum: / /

Naam van de hoofdverzekerde:

Voornamen van de hoofdverzekerde:

Geboorteland:

Nationaliteit (land):

Land van hoofdverblijf in het buitenland: FRANCE

Verblijfplaats:

Beroep:

Beroepssector:

E-mail:

(met deze e-mail krijgt u toegang tot uw persoonlijke account op internet (espace client))

Voor verzekerden met een verplichte Franse basisverzekering:

Frans sécurité sociale-nummer: Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):

1

Aanspreektitel van partner: Mevrouw De heer Geboortedatum: / /

Naam van partner:

Voornamen van partner:

Geboorteland:

Nationaliteit (land):

Land van hoofdverblijf in het buitenland: FRANCE

Verblijfplaats:

Beroep:

Voor verzekerden met een verplichte Franse basisverzekering:

Frans sécurité sociale-nummer: Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):

Naam 1° ten laste komend kind:

Voornamen 1° ten laste komend kind:

Geboortedatum: / / Geslacht: Man Vrouw

Voor verzekerden met een verplichte Franse basisverzekering:

Frans sécurité sociale-nummer: Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):



1

Naam 2^e ten laste komend kind:

Voornamen 2^e ten laste komend kind:

Geboortedatum: / / Geslacht: Man Vrouw

► Voor verzekerden met een verplichte Franse basisverzekering:

Frans sécurité sociale-nummer: Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):

2

HOOFDVERZEKERDE Gewenst correspondentieadres

Adres:

Postcode: Plaats:

Staat / Regio / Gewest / Graafschap:

Land:

Vaste telefoon: + /

Mobiele telefoon: + /

Uw documenten (verzekeringsbewijs, algemene voorwaarden, vergoedingsoverzichten, e.d.) worden u per e-mail toegezonden.
Bij dekking vanaf de 1^e euro wordt uw verzekeringspas per post toegestuurd.

Taal waarin ik de correspondentie wens te ontvangen: Frans Engels

3

VERZEKERDE = PREMIEBETALER

De hoofdverzekerde is de betaler van de premie (in dat geval hoeft onderstaande informatie niet te worden gegeven)
 De premie wordt betaald door iemand anders dan de hoofdverzekerde

Particulier Bedrijf Bedrijfsnaam:

Aanspreektitel: Mevrouw De heer

Naam:

Voornamen:

Adres:

Postcode: Plaats:

Staat / Regio / Gewest / Graafschap:

Land:

Vaste telefoon: + /

Mobiele telefoon: + /

E-mail :
(met deze e-mail krijgt u toegang tot uw persoonlijke account op internet (espace client))

Taal waarin ik de correspondentie wens te ontvangen: Frans Engels



DEKKINGSKEUZE

- Aanvraag: Individueel Partnerverzekering Gezinsverzekering
Gewenste formule: Formule Ziekenhuisopname Integrale formule
Gewenste aanbod: Option 150 Option 300
Soort dekking: ter aanvulling van een Franse verplichte verzekering vanaf de 1^e euro (zonder Franse verplichte verzekering)

LET OP: In geval van keuze voor een dekking ter aanvulling van een Franse verplichte verzekering gaarne een kopie toevoegen van het verzekeringsbewijs van uw zorgverzekering.

► Jaarpremie (inclusief belastingen): € , **A**

Gewenste wijze van vergoeding voor zorgkosten:

kosteloze storting op een in Frankrijk geopende rekening (bij de Verzekeringsaanvraag een RIB meezenden).

Gewenste ingangsdatum verzekering: / / **2019** (alleen de 1^e of de 16^e van de maand)

(onder voorbehoud van acceptatie van het dossier en op zijn vroegst op de 16^e van de maand volgend op de ontvangst van de Verzekeringsaanvraag)

Berekening en betaling van de premie

KEUZE VAN DE PERIODE WAAROVER PREMIE WORDT FREQUENTIE PREMIEBETALINGEN:	Ik kies een van de betaalwijzen door het desbetreffende vakje aan te kruisen:	
	SEPA-incasso van een rekening in Euro en gehouden in een land van de SEPA-zone	Cheque
Betaling per jaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betaling per halfjaar	<input type="radio"/>	
Betaling per kwartaal	<input type="radio"/>	
Betaling per maand	<input type="radio"/>	

Berekening van de jaarpremie

Totaal van de jaarlijkse premies (incl. belastingen):

€ , **A**

Jaarlijkse lidmaatschapskosten bovenop de gekozen dekking:

+ € **5** , **00** **B**

De totale* premiebetaling over 12 maanden bedraagt: **A** + **B**:

€ , **C**

*Op 1 januari kunnen de premies worden herzien aan de hand van de technische resultaten van de verzekerde groep.

Totaal 1^e premiebetaling:

€ ,

Uw eerste premie is evenredig met de jaarpremie over de dekkingsperiode van de ingangsdatum van uw contract tot 31/12/2019. De berekening ervan dient ook rekening te houden met de geselecteerde betalingsfrequentie.

Betaling van de 1^e premie:

- per cheque ten name van APRIL International Care France.
 per creditcard (alleen Eurocard-MasterCard en Visa worden geaccepteerd).

De gegevens betreffende uw betaling per bankpas kunt u invullen in het hiervoor bedoelde kader op bladzijde 19.

Betaling van de volgende premies:

- per SEPA afschrijving (gelieve ons een RIB toe te sturen en bijgaande SEPA afschrijvingsmachtiging in te vullen).
 per cheque ten name van APRIL International Care France.

De verzoeken tot premiebetaling zijn beschikbaar in digitale vorm: u ontvangt de verzoeken tot premiebetaling per e-mail en u kunt ze bij uw eigen persoonlijke account op internet (Espace Client) raadplegen.



ONDERTEKENING VAN DE VERZEKERINGSAANVRAAG

Ik wens mij aan te sluiten bij de Association CMUNF en, afhankelijk van de gekozen dekkingen, bij de door hen met Axéria Prévoyance aangegane overeenkomsten, voor de verzekerden die opgenomen zijn in de verzekeringsaanvraag.

Ik verklaar kennis te hebben genomen van het Informatiedocument over het verzekeringsproduct Ne 2019IPID en de Algemene Voorwaarden, die tevens informatieblad zijn, onder referentie Ne 20191E of Ne 2019RO afhankelijk van de gekozen dekking, waarin ik met name op de hoogte ben gebracht van mijn opzeggingsrecht; ik verklaar er een exemplaar van te hebben bewaard en genoemde voorwaarden te accepteren, alsmede de op de beheeractiviteiten van APRIL International Care France van toepassing zijnde voorwaarden. Mijn verzekering wordt na elk jaar van de looptijd stilzwijgend met een jaar verlengd. Ik ben ervan op de hoogte dat bij wijziging van mijn contract (middelsaanvullende overeenkomst) de bovengenoemde Algemene voorwaarden van toepassing zijn.

Om de kwaliteit van de dienstverlening te meten en te verbeteren, kan de correspondentie, en het fax-, e-mail- en telefoonverkeer met APRIL International Care France, onderzocht en geregistreerd worden en kan deze voor dat doeleinde digitaal verwerkt worden, ten behoeve waarvan de gegevens van de betrokken personen slechts aan APRIL International Care France, haar partners en tussenpersonen mogen worden medegedeeld.

De persoonsgegevens worden bewaard voor de duur die nodig is voor het doel van hun verwerking en overeenkomstig de wettelijke verjaringstermijnen. De persoonsgegevens kunnen overgedragen worden buiten de Europese Unie. Deze overdrachten zijn onderworpen aan regels die de gegevens beschermen en beveiligen. Informatie over de overgedragen gegevens evenals over de geadresseerden is te verkrijgen door een verzoek in te dienen bij APRIL International Care France op bovenvermeld adres.

Overeenkomstig het bepaalde in EU-Verordening n° 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de gegevensbescherming, beschikken de betrokken personen over een recht op toegang, op rectificatie, op beperking, op verwijdering, op verzet met een rechtsgeldige reden, over een recht op overdraagbaarheid van hun gegevens, evenals het recht om richtlijnen op te stellen met betrekking tot wat er met hun gegevens dient te gebeuren na hun overlijden, behoudens de gevallen waarin de regelgeving geen uitoefening van rechten toestaat.

In het kader van de afsluiting van het contract in aanvulling op de Franse sociale zekerheid, kunnen deze personen tevens, aangezien mijn ziekenfonds geadresseerde is van diverse informatie, op elk moment schriftelijk bezwaar maken tegen het verzenden door laatstgenoemde van een kopie van de afschrijvingen van de verplichte verzekering, door te schrijven naar APRIL International Care France.

Om een of meerdere rechten uit te oefenen dient men een kopie van een identiteitsbewijs aan te leveren en contact op te nemen met de Afgevaardigde Gegevensbescherming van APRIL International Care France, hetzij per post, op het volgende adres: APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANKRIJK of per e-mail aan dpo.AICF@april.com.

Overeenkomstig het bepaalde van artikel L561-45 van het Monetair en Financieel Wetboek, kunnen de personen van wie hun gegevens een controleverwerking ondergaan hun recht op toegang tot hun gegevens uitoefenen bij de Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Frankrijk.

Bij klachten over de verwerking van de persoonsgegevens kunt u contact opnemen met de Commission Nationale Informatique et Libertés op hun website www.cnil.fr of per post naar het hierboven vermelde adres.

Onder toepassing van het bepaalde in de artikelen L223-1 en verder van het Wetboek van Consumentenrecht, wijzen wij u op het bestaan van een bel-met-niet register waarvoor u zich gratis kunt inschrijven als u bezwaar maakt tegen telefonische benadering, door per post te schrijven naar: Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 TROYES; of via de website van OPPOSETEL op het volgende adres: bloctel.gouv.fr.

7

Inschrijving op deze lijst verbiedt de verzekeraar en APRIL International Care France echter niet om contact met hen op te nemen in het kader van de bestaande contractuele relatie.

Ik verbind me ertoe om alle personen die betrokken zijn bij onderhavige aanmelding, in hun hoedanigheid van verzekerde te informeren en hen de informatie te verschaffen die mij wordt verschaft door APRIL International Care France betreffende de verwerking van hun persoonlijke gegevens en de hen toekomende rechten.

Ik weet dat het afsluiten van deze verzekering mij niet ontslaat van de verplichting om premies te betalen aan eventuele verplichte verzekeringsregelingen waar ik onder val.

Ik weet dat de terugbetalingen of vergoedingen van kosten als gevolg van ziekte, bevalling of een ongeval niet hoger kunnen zijn dan de aan mij in rekening gebrachte bedragen. Ik erken dat APRIL International Care France mij vraagt om eventuele verzekeringen van dezelfde aard bij andere verzekeraars aan hen mede te delen en dat voor sommige dienstverleningen een wachttijd geldt.

Ik weet dat de verzekeraars kosten niet voor hun rekening kunnen nemen als deze beschouwd kunnen worden als onredelijk en ongebruikelijk in het licht van de plek waar ze gemaakt zijn.

In het kader van het afsluiten van een verzekering vanaf de eerste euro, zeg ik toe dat ik aan APRIL International Care France alle bedragen terugstort die ik ontvang van een sociale zekerheidsinstelling en/of een aanvullende verzekering of onderlinge verzekering.

Ik weet dat de Franse wetgeving en de Franse taal van toepassing zijn op alle relaties voorafgaande aan en betreffende deze verzekering.

Ik verklaar zelf met precisie en naar eer en geweten antwoord te hebben gegeven op de gestelde vragen en niets te hebben verklaard of nagelaten te verklaren dat de verzekeraars zou kunnen misleiden. Ik verklaar op de hoogte te zijn dat iedere verzwijging of onjuiste verklaring zal leiden tot het toepassen van de sancties zoals bepaald bij artikelen L113-8 en L113-9 van de Franse Verzekeringswet.

Ik wens per e-mail informatie te ontvangen over de door partners van APRIL aangeboden producten en diensten.

Opgemaakt te:

datum: / /

Handtekening(en) van de hoofdverzekerde en zijn/haar partner, voorafgegaan door de vermelding **Voor akkoord:**

Handtekening van de verzekeringnemer (indien dit niet dezelfde persoon is als de hoofdverzekerde), voorafgegaan door de vermelding **Voor akkoord:**

Stempel verzekeringsadviseur
+ Code APRIL International Care France

1 2 2 9 5

Assurances Secara 3000
5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin
FRANCE



GEZONDHEIDSPROFIEL

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKING VANAF DE 1^E EURO)

1

Dit Gezondheidsprofiel is 6 maanden geldig.

Als u bijvoorbeeld wilt dat uw contract op 01/07/2019 ingaat, kunt u deze vragenlijst tussen 01/01/2019 en 30/06/2019 ondertekenen. Elke verzekerde moet een Gezondheidsprofiel invullen. Vraag **1a)**, **1b)** en **14** hoeven niet voor minderjarige kinderen te worden ingevuld. Als er meer dan 2 te verzekeren personen in het contract staan, maakt u een fotokopie van deze vragenlijst.

U dient de vragen zelf en zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden, want uw verklaringen zijn verplichtend. Het Gezondheidsprofiel is onontbeerlijk voor de beoordeling van het risico dat de verzekeringsmaatschappij wellicht gaat verzekeren. Het ontbreken van een van de antwoorden leidt tot nadere vragen.

De medische informatie die u verstrekt, valt onder het beroepsgeheim. Door ons zo veel mogelijk informatie te verstrekken, helpt u ons u zo snel mogelijk te antwoorden.

De verzekeringsarts behoudt zich het recht voor op ieder moment, en met name alvorens over te gaan tot vergoeding of een ziekenhuisvergoeding af te geven, de artsen die u hebben behandeld te vragen de validiteit en de volledigheid te bevestigen van de informatie geleverd in het gezondheidsprofiel en ons te verzekeren dat de aandoeningen die worden behandeld niet tegenstrijdig of inconsistent zijn met de informatie gegeven bij inschrijving.

Onderstaand gezondheidsprofiel dient ingevuld te worden en samen met alle benodigde ondersteunende documenten in gesloten envelop met de vermelding « Secret Médical » opgestuurd te worden aan de verzekeringsarts, op het volgende adres: APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE.

Bepaalde verstrekte medische informatie kan voor gebruik van de Verzekeringsarts van APRIL International Care France in de computer worden ingevoerd. Conform de Franse wet van 6 januari 1978 gewijzigd beschikt u over het recht van inzage en correctie van alle u betreffende informatie in dit dossier, door een schriftelijk verzoek te richten aan de Verzekeringsarts van APRIL International Care France op bovengenoemd adres.

NAAM: VOORNAMEN:

GEBOORTEDATUM: | | | | | | | | | |

LENGTE: | | | | | cm

GEWICHT: | | | | | kg

8

1	a) Hebt u momenteel om medische redenen uw arbeid geheel of gedeeltelijk onderbroken?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Reden: Begin:
	b) Hebt u in de afgelopen 10 jaar gedurende meer dan 15 dagen om medische redenen uw arbeid geheel of gedeeltelijk onderbroken?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Reden: Begin: Einde:
	c) Hebt u een erkende handicap of gehele of gedeeltelijke invaliditeit/arbeidsongeschiktheid?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Welke: Begin: Percentage blijvende arbeidsongeschiktheid of invaliditeit: %
2	Hebt u een aangeboren en/of erfelijke aandoening gehad?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Datum diagnose:
3	Hebt u een ongeluk met letselschade/gevolgen gehad?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Datum van het ongeluk: Localisatie van de gevolgen: Aard van de gevolgen:
4	a) Bent u momenteel onder medische behandeling (geneesmiddel, fysiotherapie, osteopathie, acupunctuur, inspuitingen, psychotherapie, hulpmiddelen, laserbehandeling)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling:
	b) Hebt u de afgelopen 5 jaar meer dan 15 dagen een medische behandeling gehad (geneesmiddel, fysiotherapie, osteopathie, acupunctuur, inspuiting, psychotherapie, hulpmiddelen, laserbehandeling)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling:



GEZONDHEIDSPROFIEL (VERVOLG)

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKKING VANAF DE 1^E EURO)

1

5	<p>Bent u in de afgelopen 10 jaar (inclusief een opname van korter dan 24 uur) in een medische instelling opgenomen geweest (kliniek, ziekenhuis, verpleegtehuis, psychiatrische inrichting) voor:</p> <ul style="list-style-type: none">- operatie, chirurgische verrichtingen (endoscopie, biopsie, arthroscopie, angioplastiek);- gespecialiseerd onderzoeken;- behandelingen;- herstel;- ontwenningsskuur;- revalidatie, behalve voor operatie van verstandskiezen, keel- of neusamandelen, of blinde darm?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Datum: _____ Reden van de opname: Duur verblijf: Resultaten: Voorgeschieden behandeling:
6	Hebt u in de afgelopen 5 jaar laboratoriumonderzoek laten doen (bloed, urine, ontlasting), cardiologisch onderzoek (echografie, elektrocardiogram, Holter, doppler) en/of medische beeldvorming (echografie, scan, PET-scan, scintigrafie, MRI, endoscopie, coloscopie, gastroscopie, radiologie, mammografie)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Datum: _____ Soort onderzoek: Reden onderzoek: Resultaten:
7	Is uw bloeddruk de afgelopen 12 maanden door een arts gemeten?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Zo ja, wat waren de gemeten waarden?
Lijdt u, of hebt u de afgelopen 10 jaar geleden aan een ziekte van:			
8	a) Luchtwegen (astma, chronische bronchitis, tuberculose, ademhalingsproblemen of een andere aandoening van de luchtwegen)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: _____ Einde behandeling: _____ Resultaten:
	b) Hart en bloedvaten (hoge bloeddruk, aderonsteking, infarct, beroerte of een andere cardiovasculaire aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: _____ Einde behandeling: _____ Resultaten:
	c) Ogen/keel, neus en oren (glaucoom, staar, blindheid (ook eenzijdig), doofheid of een andere oogheelkundige of KNO aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: _____ Einde behandeling: _____ Resultaten:
	d) Gewrichten (cervicalgie, hernia, ischias, spit, polyartritis of een andere aandoening van de botten of gewrichten, of auto-immuunziekten)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: _____ Einde behandeling: _____ Resultaten:
	e) Huid (eczeem, psoriasis, lupus of een andere huidaandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: _____ Einde behandeling: _____ Resultaten:
	f) Spijvertering (ziekte van Crohn, rectocolitis haemorrhagica, slokdarmvarices, een lever- of alvlesklieraandoening of andere aandoening van het spijsverteringskanaal)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: _____ Einde behandeling: _____ Resultaten:

8



GEZONDHEIDSPROFIEL (VERVOLG)

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKKING VANAF DE 1^E EURO)

1

Lijdt u, of hebt u de afgelopen 10 jaar geleden aan een ziekte van:		
g) Zenuw- of spierstelsel (epilepsie, myopathie, multiple sclerose, Parkinson, Alzheimer, dementie of een andere aandoening van het zenuw- of spierstelsel)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
h) Endocrien-stofwisseling (schildklier, diabetes, cholesterol, hypofyseaandoening of een andere aandoening van het endocriene systeem of de stofwisseling)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
i) Blaas en nieren (nieraandoening, urineweg aandoening of een andere aandoening van het urinewegstelsel of de nieren)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
8 j) Geslachtsorganen (endometriose, prostaataandoening of een andere gynaecologische of urogenitale aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
k) Psychische aandoening (depressie, stress, angsten, neurose, psychose, fibromyalgie, voedingsstoornissen of een andere psychische of psychiatrische aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
l) Tumor/Kanker (leucemie, Hodgkin, lymfoom, goedaardige en/of kwaadaardige tumor of een andere kanker -gerelateerde aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
m) Andere infectieuzen, virale, parasitaire, hematologische aandoeningen, paludisme, hepatitis of aandoeningen waarvoor medische bewaking nodig is?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
9 Bent u serologisch getest, met name op hepatitis B en C of op HIV en was het resultaat positief?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Virus: Datum onderzoek: <i>(uitsluitend te beantwoorden met JA als de uitslag van één van deze onderzoeken positief was)</i>
10 Bent u onder behandeling van een medisch specialist?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Begindatum aandoening: Behandeling(en):
11 Bent u de afgelopen 6 maanden onderzocht (laboratorium, medische beeldvorming) of hebt u aanvullend medisch onderzoek ondergaan?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling:
12 Zijn er voor u in de komende 6 maanden onderzoeken gepland (laboratorium, medische beeldvorming, endoscopie of een ander medisch onderzoek), gaat u naar een medisch specialist of krijgt u een medische of chirurgische behandeling?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Medische reden: Data van de geplande onderzoeken: Aard van de geplande onderzoeken: Datum van de geplande behandeling: Aard van de geplande behandeling: Duur van de geplande behandeling: Specialiteit van de geraadpleegde:

8



GEZONDHEIDSPROFIEL (VERVOLG)

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKKING VANAF DE 1^E EURO)

1

13	Is er voor u in de 12 maanden na het ingaan van de dekking van het contract een ziekenhuisopname, ook dagopname (amandeloperatie, knieoperatie, weghalen van een cyste, bevalling of om een andere reden) gepland?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Medische reden: Geplande datum: Duur van het verblijf:
14	Bent u de afgelopen 5 jaar geaccepteerd op bijzondere voorwaarden, of tegen hogere premies, of uitgesloten van een zorg- of levensverzekeringscontract (daggeld, arbeidsongeschiktheid, overlijden)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Reden voor de bijzondere voorwaarden, de hogere premies of de weigering:

Toelichting bij beantwoording van een van de vragen met JA:

Om de behandeling van uw aanvraag te vergemakkelijken kunt u aanvullende gegevens over uw gezondheidstoestand toevoegen.

AANVULLENDE GEGEVENS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8

DE ADVISEREND GENEESKUNDIGEN VAN DE VERZEKERAARS BEHOUDEN ZICH HET RECHT VOOR AANVULLENDE MEDISCHE ONDERZOEKEN TE VERLANGEN.

Elke verzwijging of opzettelijke valse opgave waardoor het voorwerp van het onderwerp van het risico of de inschatting door de verzekeraar wijzigt, leidt tot nietigheid van de verzekering; de premies blijven in dat geval eigendom van de verzekeraar (art. L113-8 van het Franse Verzekeringswetboek).

Ik verklaar alle vragen nauwkeurig en naar eer en geweten te hebben beantwoord en in het kader van dit verzekerings-contract niets te melden heb of verzuimd heb te vermelden waardoor de verzekeraars zouden kunnen worden misleid.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzekerde, voorafgegaan door de vermelding Voor akkoord:

Handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger voor minderjarige verzekerden:



GEZONDHEIDSPROFIEL

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKING VANAF DE 1^E EURO)

2

Dit Gezondheidsprofiel is 6 maanden geldig.

Als u bijvoorbeeld wilt dat uw contract op 01/07/2019 ingaat, kunt u deze vragenlijst tussen 01/01/2019 en 30/06/2019 ondertekenen. Elke verzekerde moet een Gezondheidsprofiel invullen. Vraag **1a)**, **1b)** en **14** hoeven niet voor minderjarige kinderen te worden ingevuld. Als er meer dan 2 te verzekeren personen in het contract staan, maakt u een fotokopie van deze vragenlijst.

U dient de vragen zelf en zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden, want uw verklaringen zijn verplichtend. Het Gezondheidsprofiel is onontbeerlijk voor de beoordeling van het risico dat de verzekeringsmaatschappij wellicht gaat verzekeren. Het ontbreken van een van de antwoorden leidt tot nadere vragen.

De medische informatie die u verstrekt, valt onder het beroepsgeheim. Door ons zo veel mogelijk informatie te verstrekken, helpt u ons u zo snel mogelijk te antwoorden.

De verzekeringsarts behoudt zich het recht voor op ieder moment, en met name alvorens over te gaan tot vergoeding of een ziekenhuisvergoeding af te geven, de artsen die u hebben behandeld te vragen de validiteit en de volledigheid te bevestigen van de informatie geleverd in het gezondheidsprofiel en ons te verzekeren dat de aandoeningen die worden behandeld niet tegenstrijdig of inconsistent zijn met de informatie gegeven bij inschrijving.

Onderstaand gezondheidsprofiel dient ingevuld te worden en samen met alle benodigde ondersteunende documenten in gesloten envelop met de vermelding « Secret Médical » opgestuurd te worden aan de verzekeringsarts, op het volgende adres: APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE.

Bepaalde verstrekte medische informatie kan voor gebruik van de Verzekeringsarts van APRIL International Care France in de computer worden ingevoerd. Conform de Franse wet van 6 januari 1978 gewijzigd beschikt u over het recht van inzage en correctie van alle u betreffende informatie in dit dossier, door een schriftelijk verzoek te richten aan de Verzekeringsarts van APRIL International Care France op bovengenoemd adres.

NAAM: VOORNAMEN:

GEBOORTEDATUM: | | | | | | | | | |

LENGTE: | | | | | cm

GEWICHT: | | | | | kg

8

1	a) Hebt u momenteel om medische redenen uw arbeid geheel of gedeeltelijk onderbroken?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Reden: Begin:
	b) Hebt u in de afgelopen 10 jaar gedurende meer dan 15 dagen om medische redenen uw arbeid geheel of gedeeltelijk onderbroken?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Reden: Begin: Einde:
	c) Hebt u een erkende handicap of gehele of gedeeltelijke invaliditeit/arbeidsongeschiktheid?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Welke: Begin: Percentage blijvende arbeidsongeschiktheid of invaliditeit: %
2	Hebt u een aangeboren en/of erfelijke aandoening gehad?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Datum diagnose:
3	Hebt u een ongeluk met letselschade/gevolgen gehad?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Datum van het ongeluk: Localisatie van de gevolgen: Aard van de gevolgen:
4	a) Bent u momenteel onder medische behandeling (geneesmiddel, fysiotherapie, osteopathie, acupunctuur, inspuitingen, psychotherapie, hulpmiddelen, laserbehandeling)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling:
	b) Hebt u de afgelopen 5 jaar meer dan 15 dagen een medische behandeling gehad (geneesmiddel, fysiotherapie, osteopathie, acupunctuur, inspuiting, psychotherapie, hulpmiddelen, laserbehandeling)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling:



GEZONDHEIDSPROFIEL (VERVOLG)

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKING VANAF DE 1^E EURO)

2

5	<p>Bent u in de afgelopen 10 jaar (inclusief een opname van korter dan 24 uur) in een medische instelling opgenomen geweest (kliniek, ziekenhuis, verpleegtehuis, psychiatrische inrichting) voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - operatie, chirurgische verrichtingen (endoscopie, biopsie, artroscopie, angioplastiek); - gespecialiseerd onderzoeken; - behandelingen; - herstel; - ontwenningsskuur; - revalidatie, <p>behalve voor operatie van verstandskiezen, keel- of neusamandelen, of blinde darm?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Datum: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Reden van de opname: Duur verblijf: Resultaten: Voorgescreven behandeling:
6	<p>Hebt u in de afgelopen 5 jaar laboratoriumonderzoek laten doen (bloed, urine, ontlasting), cardiologisch onderzoek (echografie, electrocardiogram, Holter, doppler) en/of medische beeldvorming (echografie, scan, PET-scan, scintigrafie, MRI, endoscopie, coloscopie, gastroscopie, radiologie, mammografie)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Datum: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Soort onderzoek: Reden onderzoek: Resultaten:
7	<p>Is uw bloeddruk de afgelopen 12 maanden door een arts gemeten?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Zoja, wat waren de gemeten waarden?
8	<p>Lijdt u, of hebt u de afgelopen 10 jaar geleden aan een ziekte van:</p>		
	<p>a) Luchtwegen (astma, chronische bronchitis, tuberculose, ademhalingsproblemen of een andere aandoening van de luchtwegen)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Einde behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Resultaten:
	<p>b) Hart en bloedvaten (hoge bloeddruk, aderontsteking, infarct, beroerte of een andere cardiovasculaire aandoening)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Einde behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Resultaten:
	<p>c) Ogen/keel, neus en oren (glaucoom, staar, blindheid (ook eenzijdig), doofheid of een andere oogheelkundige of KNO aandoening)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Einde behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Resultaten:
	<p>d) Gewrichten (cervicalgie, hernia, ischias, spit, polyarthritis of een andere aandoening van de botten of gewrichten, of auto-immuunziekten)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Einde behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Resultaten:
	<p>e) Huid (eczeem, psoriasis, lupus of een andere huidaandoening)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Einde behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Resultaten:
<p>f) Spijvertering (ziekte van Crohn, rectocolitis haemorrhagica, slokdarmvarices, een lever- of alvlesskliaandoening of andere aandoening van het spijsverteringskanaal)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Einde behandeling: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Resultaten:	

8



GEZONDHEIDSPROFIEL (VERVOLG)

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKING VANAF DE 1^E EURO)

2

Lijdt u, of hebt u de afgelopen 10 jaar geleden aan een ziekte van:			
g)	Zenuw- of spierstelsel (epilepsie, myopathie, multiple sclerose, Parkinson, Alzheimer, dementie of een andere aandoening van het zenuw- of spierstelsel)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:	
h)	Endocrien-stofwisseling (schildklier, diabetes, cholesterol, hypofyseaandoening of een andere aandoening van het endocriene systeem of de stofwisseling)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:	
i)	Blaas en nieren (nieraandoening, urineweg aandoening of een andere aandoening van het urinewegstelsel of de nieren)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:	
8	j)	Geslachtsorganen (endometriose, prostaataandoening of een andere gynaecologische of urogenitale aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
8	k)	Psychische aandoening (depressie, stress, angsten, neurose, psychose, fibromyalgie, voedingsstoornissen of een andere psychische of psychiatrische aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:
l)	Tumor/Kanker (leucemie, Hodgkin, lymfoom, goedaardige en/of kwaadaardige tumor of een andere kanker -gerelateerde aandoening)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:	
m)	Andere infectieuzen, virale, parasitaire, hematologische aandoeningen, paludisme, hepatitis of aandoeningen waarvoor medische bewaking nodig is?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling: Resultaten:	
9	Bent u serologisch getest, met name op hepatitis B en C of op HIV en was het resultaat positief?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Virus: Datum onderzoek: (uitsluitend te beantwoorden met JA als de uitslag van één van deze onderzoeken positief was)	
10	Bent u onder behandeling van een medisch specialist?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Begindatum aandoening: Behandeling(en):	
11	Bent u de afgelopen 6 maanden onderzocht (laboratorium, medische beeldvorming) of hebt u aanvullend medisch onderzoek ondergaan?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Ziekte(s): Behandeling(en): Begin behandeling: Einde behandeling:	
12	Zijn er voor u in de komende 6 maanden onderzoeken gepland (laboratorium, medische beeldvorming, endoscopie of een ander medisch onderzoek), gaat u naar een medisch specialist of krijgt u een medische of chirurgische behandeling?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE Medische reden: Data van de geplande onderzoeken: Aard van de geplande onderzoeken: Datum van de geplande behandeling: Aard van de geplande behandeling: Duur van de geplande behandeling: Specialiteit van de geraadpleegde:	



GEZONDHEIDSPROFIEL (VERVOLG)

(UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ KEUZE VOOR DEKING VANAF DE 1^E EURO)

2

13	Is er voor u in de 12 maanden na het ingaan van de dekking van het contract een ziekenhuisopname, ook dagopname (amandeloperatie, knieoperatie, weghalen van een cyste, bevalling of om een andere reden) gepland?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Medische reden: Geplande datum: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Duur van het verblijf:
14	Bent u de afgelopen 5 jaar geaccepteerd op bijzondere voorwaarden, of tegen hogere premies, of uitgesloten van een zorg- of levensverzekeringscontract (daggeld, arbeidsongeschiktheid, overlijden)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	Reden voor de bijzondere voorwaarden, de hogere premies of de weigering:

Toelichting bij beantwoording van een van de vragen met JA:

Om de behandeling van uw aanvraag te vergemakkelijken kunt u aanvullende gegevens over uw gezondheidstoestand toevoegen.

AANVULLENDE GEGEVENS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8

DE ADVISEREND GENEESKUNDIGEN VAN DE VERZEKERAARS BEHOUDEN ZICH HET RECHT VOOR AANVULLENDE MEDISCHE ONDERZOEKEN TE VERLANGEN.

Elke verzwijging of opzettelijke valse opgave waardoor het voorwerp van het onderwerp van het risico of de inschatting door de verzekeraar wijzigt, leidt tot nietigheid van de verzekering; de premies blijven in dat geval eigendom van de verzekeraar (art. L113-8 van het Franse Verzekeringswetboek).

Ik verklaar alle vragen nauwkeurig en naar eer en geweten te hebben beantwoord en in het kader van dit verzekerings-contract niets te melden heb of verzuimd heb te vermelden waardoor de verzekeraars zouden kunnen worden misleid.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzekerde, voorafgegaan door de vermelding Voor akkoord:
 Handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger voor minderjarige verzekerden:



DE VERSCHILLENDE STAPPEN VAN UW AANMELDING:



U vult uw verzekeringsaanvraag in en verstuurt deze naar Assurances SECARA 3000.
Zie voor hulp de adviezen op de laatste pagina of neem contact met ons op.

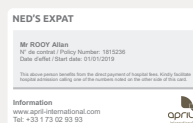
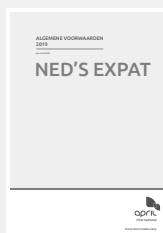


Wij nemen uw aanvraag bij ontvangst direct in behandeling.



Vervolgens ontvangt u:

- uw verzekeringsbewijs waaruit blijkt dat u bent verzekerd,
- een nieuw exemplaar van uw Algemene Voorwaarden waarin de werking van uw contract wordt beschreven,
- uw verzekeringspas met de noodnummers die u kunt bellen als u hulp nodig hebt, of voor een ziekenhuisopname (als u hebt gekozen voor een dekking vanaf de 1^e euro)
 - uw derdebetalende kaart (carte de tiers-payant) (als u hebt gekozen voor een dekking naast een Franse verplichte verzekering),
 - uw Verzekeringsgids, met een samenvatting vande werking van uw contract en alle nuttige contacten.



Gelieve uw volledige aanvraag te versturen naar:

**Assurances SECARA 3000
5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin - FRANCE**



Indien u afziet van uw verzekering, kunt het formulier hieronder losmaken en gebruiken en verzenden naar
APRIL International Care France - Service Courier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKRIJK

TERUGTREKKING

Artikel L.112-9 van het Franse Verzekeringwetboek

Elke natuurlijke persoon die, ook op eigen verzoek, wordt bezocht in zijn woning, verblijfplaats of werkplek of per telefoon of internet benaderd wordt en een verzekeringsaanbod of - contract ondertekent voor andere doeleinden dan zijn handels- of beroepsactiviteit, kan hier gedurende een termijn van veertien kalenderdagen, te rekenen vanaf de datum van ondertekening van het contract, door middel van een brief, zonder opgaaf van redenen of sancties, van afzien.

Voorwaarden: indien u uw aanvraag wilt annuleren moet u het af te knippen formulier invullen en ondertekenen. Stuur dit in gesloten envelop per brief naar het bovenstaande adres. Verzond de brief uiterlijk binnen 14 dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de dag van ondertekening van uw verzekeringsaanvraag of, indien de termijn op een zaterdag, zondag, feestdag of vrije dag verstrijkt, de eerstvolgende werkdag.

Ondergetekende verklaart af te zien van de volgende verzekeringsaanvraag:

Naam contract: **Ned's Expat Ref. Ne 20191E of Ne 2019RO**

Datum van ondertekening van de verzekeringsaanvraag: / /

Naam verzekeringnemer:

Voornaam verzekeringnemer:

Adres verzekeringnemer:

Postcode: Plaats:

Land:

Telefoonnummer: / / / / /

Naam verzekeringsadviseur:

Adres verzekeringsadviseur:

Postcode: Plaats:

Land:

Telefoonnummer: / / / / /

Datum en handtekening verzekeringnemer:

/ /

Door APRIL International Care France in te vullen: Client nr





GEGEVENS BETREFFENDE BETALING PER BANKPAS

Indien u ervoor kiest om te betalen met een bankpas zullen de gegevens van deze pas, in overeenstemming met de besluiten van de Franse Nationale Commissie Automatisering en Vrijheden (CNIL) nr. 2013-358 van 14 november 2013, opgeslagen worden voor de uitvoering van de transactie (daadwerkelijke betaling), en na de terugtrekkingstermijn vernietigd worden.

Kaarttype: Eurocard-Mastercard Visa

Kaartnummer: / / / Vervaldatum: /

De laatste drie cijfers van het op de achterkant van de kaart afgedrukte nummer (CVC-verificatiecode):

Naam op de kaart:



IK MELD ME AAN

- A. Vul uw persoonlijke gegevens in ①, ② en ③.
- B. Kies uw dekkingsniveau ④.
- C. Geef aan op welke datum u uw contract wilt laten ingaan ⑤.
- D. Bereken uw premie en geef aan op elke wijze u betaalt ⑥.
- E. Dateer en onderteken uw verzekeringsaanvraag bij item ⑦.
- F. Dateer en vul het Gezondheidsprofiel in en onderteken het, indien u hebt gekozen voor een dekking vanaf de 1^e euro ⑧.
- G. Als u opheffing van de wachttijd wilt vragen die van toepassing is op de dekking van zorgkosten, voegt u de Royementsverklaring van uw vorige contract bij met details van de dekking die voor u gold.
- H. ● Voor betaling van uw eerste premie kunt u:
- een cheque in euros bijvoegen ten name van APRIL International Care France, *OF*
- de gegevens van uw creditcard aangeven op pagina 18 van uw.
● Voor uw volgende premies vult u de SEPA afschrijvingsmachtiging in als u uw termijnen wilt betalen via automatische afschrijving.
- I. Voeg een RIB bij.
- J. Voeg een kopie van het verzekeringsbewijs van uw zorgverzekering in geval van keuze voor een dekking ter aanvulling van een Franse verplichte verzekering.

Ik verzend het geheel naar
Assurances SECARA 3000 - 5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin - FRANCE

EN NA DE AANMELDING?

Zodra alle documenten door APRIL International Care France zijn ontvangen wordt uw verzekeringsaanvraag onmiddellijk in behandeling genomen.

De aanmelding wordt bevestigd door middel van de afgifte van een verzekeringsbewijs, waarop de gekozen dekkingen staan alsmede de ingangsdatum van het contract.

Uw contract begint te lopen op de op het Verzekeringsbewijs vermelde datum en op zijn vroegst de 16^e van de maand volgend op de ontvangst van het volledige aanvraagpakket.

april International Care

Hoofdkantoor:
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKRIJK
Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail: info.expat@april-international.com - Internet: www.april-international.com

Franse vennootschap onder de rechtsvorm "Société par actions simplifiée" met een kapitaal van € 200 000
Handelsregister Parijs 309 707 727
Verzekeringstussenpersoon - ORIAS - Registratienummer 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459- 75436 Paris Cedex 09 - FRANKRIJK.
Activiteitscode Frankrijk (NAF) 6622Z - BTW nummer Frankrijk FR6030970727



Insurance made easy.